

4. Иванов Н.А., Данилова Е.Г., Дорошенко В.С. Характеристика стафилококков, выделенных от новорожденных // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии.- 1985.- N2.- С. 19-23.

5. Леонтьева А.Г., Самойлюк З.И., Журавлева А.В., Соколов Б.Н. Этиологическая структура гнойно-воспалительных заболеваний в гнойном отделении хирургического стационара: Актуальные вопросы клинической микробиологии в неинфекционной клинике. Часть II. Москва, 1988.- С. 7-9.

6. Нагоев Б.С., Шубич М.Г. Значение теста восстановления нитросинего тетразолия для изучения функциональной активности лейкоцитов // Лаб. дело. - 1981. - N 4 - С.195-198.

7. Некрасова Т.В., Курносова Н.А., Мордвинова Н.Б. Клинико-лабораторная диагностика стафилококковой инфекции с поражением кишечника у детей // Вопр. охраны материнства и детства.- 1984.- т.29, N 10.- С. 21-25.

8. Хоменко Г.А. Количественное определение белка А у штаммов стафилококков, выделенных при различных клинических состояниях и локализации процесса // Журнал микробиол.1980.- N10.- С. 57-61.

9. Шмаков А.П., Мисюкевич А.А., Леонов Д.А., Дронь Ю.Я.(Авт. свидетельство на изобретение N1510160 от 22.05.89.) Способ ультрафиолетового облучения крови.

10. Шубич М.Г., Медникова В.Г. НСТ-тест у детей в норме и при гнойно-бактериальных инфекциях // Лабораторное дело.1978. - N 9.- С. 515-517.

11. Park B., Fikrig S., Smithwick E.// Jbid. - 1968. - V.2. - P.532-534.

12. Silverman E.M., Ryden S.E.// J. Med. Technol. - 1974. - V.40. - P.151-155.

Поступила 15.04.96 г.

CLINICAL SIGNIFICANCE OF SOME BACTERIOLOGIC AND IMMUNOLOGIC TESTS IN CHILDREN SUFFERING FROM PURATIVE SURGICAL INFECTION

Kosinetz A.N., Shmakov A.P., Fomchenko A.I., Voronetsky A.N.

When comparing sensitivity of staphylococcus aureus express-method of diagnostics by protein A with classical method it was established that the express-method with respect to sensitivity was not worse than the classical one. Moreover, it is cheaper and enables us to obtain results in 18-24 hours. 56 subjects including newborns and children under 15 treated for different forms of purative surgical infection at our Surgical Hospital for Children were examined.

Проф. Н.Г.Харкевич, доц. В.И.Петухов, доц. Л.Е.Криштопов,
доц. Г.М.Шаппо, В.В.Овчинников

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Кафедра госпитальной хирургии N 2 Витебского медицинского института

Анализируются результаты лечения 272 больных с осложнениями язвенной болезни, которые лечились в клинике за последние 5 лет. Отмечается значительный рост хирургических осложнений в последние годы, особенно перфоративных и кровоточащих язв. Авторы считают, что снижение возможностей лекарственной терапии требует пересмотра хирургической тактики в направлении радикализации первичных операций при осложнениях язвенной болезни.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки занимает одно из первых мест в структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Несмотря на значительные

успехи в консервативном лечении этой патологии, особенно в связи с появлением новых противоязвенных препаратов, в последние годы отмечается значительный рост осложненных форм этого заболевания - перфораций, кровотечений, в то же время отмечается тенденция к снижению числа стенозов (М.И.Кузин, Н.М.Кузин, А.В.Егоров, 1991; Н.И.Батвинков, Н.И.Иоскевич, М.А.Можейко, Ю.А.Кашурин, 1989; К.И.Мышкин, Л.А.Франкфурт, М.А.Текнеджян, 1989). На основании проведенных нами исследований установлено, что количество перфоративных язв возросло за последний год в три раза, причем, 5% из них - это перфорация "немых" язв. Большинство больных поступает с явлениями перитонита в токсической стадии, что ограничивает выполнение радикальных операций и ухудшает прогноз хирургического лечения. Все это заставляет продолжать поиски и исследования, направленные на улучшение лечения больных язвенной болезнью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы результаты лечения 272 больных с осложнениями гастродуоденальных язв, которые находились в клинике за последние 5 лет (с 1991 по 1995 г.г.). Прободений было 174, кровотечений - 76, стенозов - 12.

Диагностика осложнений язвенной болезни осуществлялась с помощью клинических, лабораторных, эндоскопических, рентгенологических и морфологических методов обследования. При кровотечении всем больным в экстренном порядке проводили ФГДС (фиброгастродуоденоскопию) для определения источника кровотечения, его локализации, характера и интенсивности, проведения временной остановки. Эндоскопически дифференцировались активные и состоявшиеся кровотечения, и учитывая прогноз гемостаза, ставили показания к хирургическому лечению. При подозрении на прободение проводилась экстренная обзорная рентгенография органов брюшной полости (большое количество больных поступало с диагнозами острого заболевания живота: острый панкреатит, острый аппендицит, почечная колика и др.).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В течение ряда лет научные исследования клиники госпитальной хирургии были посвящены изучению осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (4, 5, 6, 7, 9, 10). Результаты исследования показали, что в последние годы отмечается значительный рост осложнений гастродуоденальных язв, причем увеличилось число больных молодого возраста.

Таблица

Осложнения язвенной болезни	Количество больных по годам					Всего
	1991	1992	1993	1994	1995	
Кровотечение	11	11	11	21	22	76
Прободение	14	20	33	61	46	174
Стенозирование	3	2	2	3	2	12
ВСЕГО	28	33	47	85	70	272

Причина увеличения связана с социальными условиями, а также со снижением возможностей профилактики из-за дороговизны и отсутствия лекарственных средств (8). По нашим данным довольно частыми и серьезными осложнениями являются

гастродуоденальные кровотечения и перфорация язвы. Редки рубцовые стенозы. Распределение больных по годам и динамике роста осложнений приведены в таблице.

Анализ клинического материала свидетельствует, что улучшение результатов лечения осложнений болезни связано со своевременной диагностикой, правильной коррекцией гемостаза, адекватным выбором и правильным выполнением оперативного вмешательства.

При выборе тактики лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями учитывали клинико-эндоскопические критерии устойчивости гемостаза, степени кровопотери и локализации источника кровотечения. Мы убедились, что обязательное проведение эндоскопических мероприятий способствует уменьшению числа хирургических вмешательств на высоте кровотечения. Опыт показывает, что экстренная операция на фоне кровотечения приводит к дополнительной кровопотере, тканевой гипоксии, что служит основной причиной послеоперационных осложнений и летальности. В связи с этим всем больным производили фиброгастроскопию с местным гемостазом, восполняли кровопотерю, коррекцию постгеморрагических нарушений. Если эндоскопическими методами не удавалось остановить кровотечение, то больные подвергались экстренному оперативному лечению. Клиника руководствуется строго индивидуальным подходом к установлению показаний к операции, выбору сроков оперативного лечения, его объема. В основном предпочтение отдавалось резекции желудка в различных модификациях, а также выполняли органосохраняющие операции с ваготомией в сочетании с иссечением кровоточащей язвы и пилоропластикой, ушиванием дна язвы. Больных с остановившимся кровотечением оперировали в плановом порядке после соответствующей подготовки. Так, из 76 больных с кровотечением экстренному оперативному лечению подвергли 7 пациентов: резекции желудка - 5, ваготомии - 1, прошиванию - 1. Эндоскопическим методом остановлено кровотечение у 69 больных, которые оперированы в плановом порядке. Послеоперационная летальность составила 2,6%. Из 2 умерших после операций резекция желудка произведена у одного, ваготомия - у одного больного. Причинами летальных исходов были анемия, тяжелые сопутствующие заболевания, острая сердечно-сосудистая недостаточность.

При прободной язве выбор метода хирургического вмешательства зависел от конкретной ситуации: локализации язвы, сопутствующей патологии, возраста больного и др. Мы твердо убеждены, что операцию должен выполнять хирург, владеющий техникой радикальных вмешательств при язвенной болезни.

Ушивание язвы выполняли в тех случаях, когда особенности клинической ситуации не позволяли произвести радикальную операцию (крайне тяжелое состояние с запущенным перитонитом, наличие сопутствующих тяжелых заболеваний, поступление в стационар позже 6 часов от момента перфорации, короткий язвенный анамнез). Первичную резекцию желудка производили в ранние сроки после перфорации, при подозрении на малигнизацию, длительном язвенном анамнезе, рубцовом стенозе привратника.

В редких случаях выполняли органосохраняющую операцию: иссечение язвы с пилоропластикой и СПВ.

Из 174 больных с прободной язвой ушивание выполнено 144 пациентам, резекция желудка - 14, ваготомия - 6. Умерли 4 больных. Общая послеоперационная летальность составила 2,3%. Непосредственными причинами смерти явились перитонит с прогрессирующей интоксикацией - 2 больных, послеоперационный панкреонекроз - 1 больной, ТЭЛА - 1 больной. Все умершие были старше 60 лет, имели сопутствующие заболевания.

При стенозирующих язвах пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки выполняли органосохраняющие операции и резекцию желудка. После проведения противоязвенного и противовоспалительного лечения, компенсации электролитных нарушений, рентгенологического установления стадии стеноза определялись показания к операции. При язвенных пилорoduоденальных субкомпенсированных стенозах выполняли СПВ в сочетании с дуоденопластикой. При декомпенсированных стенозах наступает резкое

нарушение сократительной способности стенки желудка, поэтому мы резецировали экзальтированный желудок во избежание постваготомного гастростаза.

По поводу стеноза оперировано 12 больных. Органосохраняющие оперативные вмешательства выполнены 8 больным, резекция желудка - 4 больным. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

Таким образом, накопленный опыт лечения осложнений гастродуоденальных язв позволил нам не только оценить полученные результаты, но и разработать дифференциальный подход к лечению этих осложнений. Анализ материалов исследования показал, что перитонит, анемия, сопутствующие заболевания, пожилой возраст играют ведущую роль в летальных исходах оперированных больных с осложнениями язвенной болезни. Улучшение результатов лечения этого контингента больных мы видим в своевременной диагностике осложнения, правильной коррекции гемостаза, в адекватном выборе и правильном выполнении оперативного пособия.

ВЫВОДЫ:

1. В последние годы отмечается рост осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, связанный с социальными условиями и снижением возможности медикаментозной профилактики.

2. Своевременная диагностика осложнений гастродуоденальных язв и индивидуальный подход к выбору хирургического пособия позволяют улучшить результаты лечения.

3. Существенную роль в выборе метода лечения осложнений гастродуоденальных язв играет квалификация хирурга.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Батвинков Н.И., Иоскевич Н.И., Можейко М.А., Кашурин Ю.А. Ваготомия в хирургии пилородуоденальных язв // Хирургия. - 1989. - N 10. - С.19-23.

2. Кузин М.И., Кузин Н.М., Егоров А.В. Экономическая эффективность консервативного и хирургического методов лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста // Хирургия. - 1991. - N 3. - С.14-19.

3. Мышкин К.И., Франкфурт Л.А., Текнеджян М.А. Хирургическая тактика при пилородуоденальных стенозах // Хирургия. - 1989. - N 10. - С.3-9.

4. Петухов В.И., Харкевич Н.Г., Криштопов Л.Е. и др. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки как причина перитонита // Материалы XX Пленума правления Общества хирургов РБ. - Новополоцк, 1994. - С.70-71.

5. Сачек М.Г., Харкевич Н.Г., Озеран В.А., Полуян Ю.С. Методы остановки гастродуоденальных кровотечений созданием клеевого инфильтрата // Тез. докл.18 Пленума правления Общества хирургов РБ. - Барановичи, 1992. - С.43-44.

6. Харкевич Н.Г., Буянов В.В., Криштопов Л.Е. и др. Насонтоинтестинальная интубация в лечении распространенных форм перитонита. Профилактика и лечения гнойно-воспалительных осложнений в экстренной абдоминальной хирургии // Тез. докл. Пленума проблемной комиссии "Инфекция в хирургии" и республиканского семинара по внедрению достижений науки в практику здравоохранения. - Витебск, 1992. - С.65-66.

7. Харкевич Н.Г., Петухов В.И., Озеран В.А. и др. Клеевая эндоскопическая инфильтрация как метод выбора остановки гастродуоденальных кровотечений. Сб.научн.трудов Витебского мединститута "Заболевания органов брюшной полости". - Смоленск, 1992. - С.42-44.

8. Харкевич Н.Г., Шаппо Г.М., Криштопов Л.Е. и др. Новые проблемы в лечении перфоративных язв. // Материалы XI съезда белорусских хирургов. - Гродно, 1995. - Т.1. - С.133-135.

9. Харкевич Н.Г., Шаппо Г.М., Криштопов Л.Е. и др. Тактика при гастродуоденальных кровотечениях // Материалы XX съезда правления Общества хирургов РБ. - Новополоцк, 1994. - С.172-173. 10. Харкевич Н.Г., Зубов М.Е., Буянов В.В., Петухов В.И. Желудочно-кишечные кровотечения как экстремальная ситуация в анестезиологии. Анестезиологическое обеспечение и

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COMPLICATIONS OF GASTRODUODENAL ULCERS

Kharkevich N.G., Petukhov V.I., Krishtopov L.E., Shappo G.M., Ovchinnikov V.V.

The results of treatment of 272 patients who have been treated in the clinic for the last 5 years are being analysed. Considerable growth of surgical complications for the last years has been marked, especially in perforative and bleeding ulcers. The authores consider that the reduction of possibility of medical therapy demands in revision of surgical tactics in the direction of radicalisation of primary operations with complications of ulcer disease.

Канд.мед.наук А.И.Шведавченко, канд.мед.наук А.С.Суховеров

ЗАКОНОМЕРНОСТЬ ВЕТВЛЕНИЯ КРУПНЫХ ПОПАРНО РАСПОЛОЖЕННЫХ АРТЕРИЙ

Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова, Россия

К группе парных крупных артериальных стволов мы относим следующие сочетания артерий: внутренняя и наружная сонные артерии, общая сонная и подключичная артерии, внутренняя и наружная подвздошные артерии, бедренная и ее ветвь глубокая артерия бедра, и в некоторых случаях, можно к этим группам артерий отнести подмышечную артерию и отходящую от нее крупную ветвь. В ветвлении парных крупных артерий, расположенных рядом относительно друг друга, выявляется закономерность, которая заключается в том, что одна из них, как правило, ветвей не отдает.

Артерий, как эфферентное звено сердечно-сосудистой системы, имеют присущие только им морфологические закономерности. Крупные артерии характеризуются, как магистральные амортизирующие сосуды, в которых ритмически пульсирующий, изменчивый кровоток превращается в более равномерный и плавный. Артерии располагаются по принципу билатеральной симметрии. При рассмотрении нами попарного положения рядом крупных артерий с каждой стороны тела относительно друг друга, выявлено сходство в отхождении от них ветвей.

Анатомия крупных артерий и отходящих от них ветвей изучена на пятидесяти трупах взрослых людей обоего пола, фиксированных предварительно в 5-7% растворе формалина. Исследование проведено методом препарирования.

Описание вариантов отхождения ветвей от крупных артерий не входило в задачу нашего исследования.

К группе крупных артериальных стволов мы относим следующее сочетание пар артерий: внутренняя и наружная сонные артерии, внутренняя и наружная подвздошные артерии, общая сонная и подключичная артерии, бедренная артерия и ее крупная ветвь глубокая артерия бедра. В некоторых случаях также к этой группе артерий можно отнести подмышечную артерию и отходящую от нее крупную ветвь, которая по диаметру равна самой подмышечной артерии. Перечисленные пары артериальных стволов мы обозначили как крупные парные артерии. Рассмотрим ветвления этих парных крупных артерий относительно друг друга (попарно).